PARIS MÉDICAL

Sommaire du numéro : Travaux originaux. 3047. Des bons et des mauvais microbes. — 3048. Des kystes des sinus frontaux. — Variétés. Mélanges. — 3049. De la persistance du trou de Botal. — 3050. Lipome de la langue. — 3051. De la scillaïne. — 3052. De la conine, alcaloïde de la ciguë. — 3053. Empoisonnement par l'acide pyrogallique sur la peau. — Sociétés savantes. — Compendium de thérapeutique française et étrangère. — Bibliographie. 3061. Recherches cliniques et anatomiques sur le foie cardiaque, par le Dr A. Talamon. — Nouvelles.

AVIS

Depuis le 15 *Avril* 1881, *les Bureaux du*

Paris Médical

ont été transférés : Rue de l'Odéon, 16.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Des bons et des mauvais microbes.

3047. — Le volume des êtres ne fait rien à leur méchanceté. Quoique très petits, ils peuvent être très méchants. Ce sont les invisibles qui sont les plus à craindre, et, chose curieuse, à volume et à poids égal avec des formes semblables, ils sont bons ou mauvais sans qu'on puisse deviner leur méchante nature. Il en est exactement des microbes comme de l'homme ; on aurait tort de les juger d'après les apparences. Il faut les voir à l'œuvre.

Les travaux de Pasteur et de Davaine ont mis hors doute l'existence des microbes virulents, cause et remède de quelques maladies contagieuses de l'homme et des animaux. C'est un fait acquis à la science dont la découverte fait le plus grand honneur à notre pays. Mais les microbes sont partout. Nous les respirons et les mangeons par milliards. Nous en sommes couverts et nos chaussettes en sont inondées. Ce sont les bons, mais comment les reconnaître ? A cet égard, et il faut se défendre contre les exagérations des mauvais expérimentateurs, si l'on ne veut tout compromettre dans ce qui est acquis. Il ne suffit pas de constater des animalcules dans tous les produits de sécrétions sur la muqueuse des bronches, et au sein des organes pour en faire aussitôt de nouvelles causes de maladie, lors même que l'inoculation à un lapin a déterminé la mort de l'animal. On sait, en effet, que les expériences sur les lapins n'ont pas toute la valeur que certaines personnes leur accordent. La précipitation dans des recherches aussi délicates est extrêmement nuisible, et si l'on n'apporte pas une grande prudence dans l'énoncé de cet ordre de faits, il en résultera une confusion préjudiciable au progrès.

Nous avons vu annoncer que la salive était remplie de microbes que l'on peut cultiver et inoculer à des lapins en amenant leur mort. Cela ne prouve rien. Puis nous avons eu les microbes du mucus des bronches à l'état sain et dans la bronchite ou la pneumonie. Voici le tour des microbes du suc pancréatique. Ainsi MM. J. Béchamp et E. Baltus (1) ont démontré en 1880 (*Comptes rendus*, février et mars), que la diastase de l'orge germée et la pancréatine, introduites dans le sang à doses déterminées, entraînent la mort.

M. A. Béchanp a récemment fait voir que les microzymas pancréatiques, résument toutes les propriétés connues du pancréas (2), et il a recherché si l'injection de ces microzymas facteurs d'une zymase reconnue toxique, amènent les mêmes résultats que l'injection de la zymase elle-même. Pour cela, on a institué trois séries d'expériences.

La première série comprend cinq expériences, dans lesquelles on a injecté, à doses variables, des microzymas pancréatiques parfaitement isolés et lavés.

La deuxième série comprend deux expériences d'injection de microzymas pancréatiques putréfiés, mélangés de microzymas de la fibrine et transformés en majeure partie en bactéries.

La troisième série comprend deux expériences d'injection de microzymas hépatiques.

Il résulte des expériences de la première série que l'injection dans le sang des microzymas pancréatiques isolés, jouissant de leur puissance digestive sur les matières albuminoïdes et la fécule, déterminent la mort presque immédiate quand la proportion atteint 0 gr. 0001 par kilogramme du poids de l'animal. Il nous est impossible de fournir jusqu'à présent une explication satisfaisante du mécanisme de la mort, les seules lésions constatées ayant été de la congestion plus ou moins accentuée de la muqueuse digestive principalement, congestion pouvant aller, dans certaines conditions de délai, jusqu'à la suffusion sanguine.

Il résulte des expériences de la deuxième série que l'injection des microzymas pancréatiques putréfiés, ayant évolué en majeure partie en bactéries et privés à ce moment de leur puissance transformatrice normale, ne produit aucun accident.

De là, ces corollaires importants : que le mécanisme de la mort ne saurait être rapporté à des embolies, qui d'ailleurs n'ont jamais été constatées ; que les bactéries provenant de l'évolution des microzymas pancréatiques et des microzymas de la fibrine sont absolument inoffensives ; qu'un changement complet et radical de fonction a été pour ces éléments la conséquence de la putréfaction expérimentalement provoquée.

(1) Note présentée à l'Institut.

(2) *Comptes rendus*, 17 janvier 1881.

Les expériences de la troisième série démontrent que l'injection des microzymas du foie est parfaitement inoffensive, fait qui vient encore à l'appui de la spécialité d'action des microzymas pancréatiques.

Comme on le voit, il y a dans ces faits nouveaux des déductions importantes à établir, mais, en ce moment, il serait prématuré d'en tirer des conclusions définitives. Ce sont des expériences très intéressantes à enregistrer pour l'instant où la science, suffisamment éclairée, pourra généraliser tout ce qui se rattache à l'histoire du monde invisible des microbes monades, des spores, des microccocus, des microzymas, des bactéries et bactéridies, des schistomycètes et de leur influence physiologique et pathologique.

CLINIQUE CHIRURGICALE.

Des kystes des sinus frontaux.

3048. — Les sinus frontaux peuvent être le siège d'accès et de kystes dont l'histoire est encore peu connue. Les kystes surtout sont encore mal étudiés et l'observation suivante de M. Garreau, dans sa thèse de 1881, est bonne à connaître.

Thierry (Frédéric), né à Amboise, âgé de 32 ans, fit, en qualité de marin, en 1862, la campagne de Chine. Dans un combat une flèche vint le frapper au-dessus de l'angle interne de l'œil gauche. Le choc, dit-il, fut assez violent; mais la blessure qui en résulta, peu grave, le retint quelques jours seulement à l'hôpital. Il en sortit parfaitement guéri, portant au-dessus de l'œil gauche une petite cicatrice, et demeura quinze ans sans en souffrir. En 1877, il commença par éprouver d'assez vives douleurs, qui se manifestaient sous forme de névralgie. Au bout de quelques mois, il remarqua qu'une petite grosseur s'était développée au-dessous de son sourcil gauche. Quelque temps plus tard, il fut atteint probablement d'un érysipèle pour lequel il entra à l'hôpital; car, dit-il, son visage tout entier s'enflamma, et il eut une fièvre qui dura une quinzaine de jours. L'inflammation disparut; il sortit de l'hôpital, malgré la persistance de la tumeur et de ses douleurs frontales. Peu à peu la tumeur grossit, et en même temps les douleurs s'accroissent. Bientôt elles atteignent une telle intensité, qu'elles lui occasionnent de cruelles insomnies et empêchent tout travail. Se souvenant qu'il avait été marin, il se rendit à l'hôpital de Brest pour se faire opérer. Mais là, personne ne voulut lui faire l'opération qu'il réclamait. Le 6 juin 1878, il se présentait à la clinique de M. le Dr Teillais. C'est un homme de taille moyenne, brun, semblant être d'une bonne constitution. Interrogé sur son passé, il dit s'être toujours bien porté, n'avoir jamais eu la syphilis; du reste, rien en lui n'indique la diathèse syphilitique ou scrofuleuse. La partie gauche de son front est fortement bombée, et à l'angle interne de l'œil se trouve une tumeur de la grosseur du poing. Elle a environ 8 centimètres de hauteur sur 3 de largeur. L'œil est fortement projeté en bas et en dehors; la cornée se trouve presque au niveau de l'extrémité du nez. Malgré cette exophthalmie, la vision est conservée, mais tous les mouvements de l'œil sont impossibles. La tumeur présente une triple saillie; la première formée par la lame antérieure du frontal, repoussée en avant; la seconde par le sourcil et la paupière, et la troisième par l'œil. Ses douleurs sont continuelles et s'étendent à toute la partie gauche du front. De temps en temps surviennent des paroxymes qu'il lui est impossible de prévoir. Leur intensité est telle que souvent, pendant plusieurs jours, il perd tout appétit, tout sommeil. La tumeur est molle, et la fluctuation est évidente à la partie moyenne.

Il a été peu sujet au rhume de cerveau; jamais il n'a rendu de pus ou du muco-pus par les narines. Le lendemain de son arrivée, on fait avec une seringue de Pravas une ponction exploratrice, et on en retire un liquide sanguinolent. L'analyse y démontre les éléments suivants :

1° Globules sanguins en grand nombre;
2° Globules blancs;
3° Gouttelettes de graisse;
4° Cellules épithéliales;
5° Cristaux de cholestérine.

Ici se posait une grave question. A quelle tumeur avait-on affaire? Le diagnostic resta indécis. Le 8 juin, on lui fit une ponction avec l'aspirateur Dieulafoy; une certaine quantité de liquide est tirée; la tumeur s'affaisse; l'œil remonte à mesure que le liquide diminue. Tout à coup le malade pousse un cri et s'évanouit. On suspend immédiatement l'opération et on le fait revenir à lui-même. La diminution du liquide de la tumeur en rend l'exploration plus facile; on peut s'apercevoir que le bord du frontal soulevé est comme crénelé et divisé en deux parties. Dans la journée, le malade éprouve un mieux considérable, et la nuit suivante il put dormir.

Le liquide tiré est d'un brun rougeâtre, filtrant très difficilement; son poids est de 33 grammes. La partie filtrée a conservé sa couleur; sa réaction est alcaline, elle se coagule par sa chaleur.

Analyse chimique.

Albumine	4.288
Hydropisine	2.174
Matière grasse	traces.
Urée	0.210
Sels fixes	0.871
Epithélium, Globules, Pigment	4.621
Eau	87.836
	100.000

Une nouvelle ponction fut faite le 16 juillet 1878, et on retira à peu près 25 ou 30 grammes de liquide. Cette fois encore on remarque le phénomène curieux que nous avons déjà signalé, c'est-à-dire ascension progressive de l'œil, à mesure que le liquide de la tumeur pénétrait dans l'aspirateur; ainsi l'œil finissait par reprendre sa place et rétablissait l'harmonie du visage. Une nouvelle syncope suivit cette ponction. Le malade revenu à lui, on lui injecta dans le sinus environ 2 grammes d'alcool. Les résultats de cette injection semblèrent favorables; le lendemain la douleur avait complètement disparu.

26 juillet. Le malade se trouve si bien que, malgré la défense la plus absolue, il fit une promenade de plusieurs heures.

Le 25. Son état s'aggrave, il est pris d'une fièvre intense et une légère rougeur paraît à la racine du nez; c'était un commencement d'érysipèle. Le lendemain la face entière est envahie; il éprouve des douleurs insupportables; la tumeur reparaît avec l'exophthalmie primitive. Le soir, le pouls est à 110, la température atteint 39,5 : il survient de l'agitation et du délire.

Le 29. Les symptômes persistent avec leur intensité, et le Dr Teillais se décide à ouvrir largement le sinus par une incision transversale. Cette cavité paraît agrandie et tapissée par une

membrane légèrement rosée parfaitement lisse. Le liquide qu'elle contenait est évacué, et on procède au pansement, qui consiste dans l'introduction de charpie sèche, et le tout est recouvert de charpie phéniquée.

Le 30 n'apporte aucune amélioration.

Le 31. La température n'est plus qu'à 38°, le pouls à 96, et le délire a disparu.

Le 1er août. Même état, même pansement, après un lavage avec une solution phéniquée.

Le 3. La suppuration est assez abondante et la membrane interne présente de nombreux bourgeons charnus; il n'existe plus pour ainsi dire, de gonflement.

Le 5. Le mieux continue et le liquide injecté dans la plaie revient par les fosses nasales.

Le 10. La plaie est cicatrisée, saufàl'angle interne de l'œil, où se trouve une fistule.

Le 16. Le malade partit conservant toujours une légère fistule, mais l'œil est dans sa position normale et c'est à peine s'il existe une légère cicatrice au-dessus du sourcil.

M. Garreau rapporte quatre observations semblables.

D'après lui ces kystes s'annoncent par une douleur plus ou moins vive, tantôt continue, tantôt au contraire se manifestant sous forme d'accès; son siège est ordinairement à la base du nez, et de là s'irradie à la moitié correspondante du front. On pourrait alors penser à une migraine, si les prodromes, les nausées, les vomissements qui accompagnent cette dernière maladie ne permettaient facilement de rejeter cette supposition. Plus tard, une tumeur molle et fluctuante apparaît à l'angle interne de l'œil, le plus ordinairement les douleurs persistent, s'accroissent même à mesure qu'elle se développe, et atteignent souvent une intensité extrême. Elles sont gravatives, lancinantes, augmentent par la toux, l'éternument ; mais la pression le plus souvent ne les exagère pas. Avec le développement de la tumeur, la déformation s'accentue, l'œil et la paupière sont projetés en avant et en dehors. Ordinairement il n'y a pas de saignement de nez ni d'écoulements purulents ou muco-purulents par les narines. Le diagnostic de tumeur donnant lieu à des phénomènes de compression de l'œil ou du cerveau est facile à faire; mais déterminer sa nature présente les difficultés les plus grandes, et ce n'est que par la ponction exploratrice qu'on y arrive.

Quant au *traitement* il faut vider le kyste et rétablir la communication avec les fosses nasales, car il n'y a pas à compter sur la résorption des matières contenues dans le kyste.

La médication externe pour arriver à ce résultat, telle que lotions d'eau blanche, chlorhydrate d'ammoniaque dissous dans l'eau, pommades iodées, iodurées ou mercurielles, sont des moyens impuissants. Les médicaments portés dans les fosses nasales ne donneront pas de meilleurs résultats, à moins qu'on ait la bonne fortune de Nicolaï qui après une telle application vit un abcès s'ouvrir spontanément de ce côté. La ponction évacuatrice est l'opération qui se présente d'abord à l'esprit ; mais c'est là un palliatif. N'avons-nous pas vu le liquide se reproduire peu après sa sortie ? La ponction suivie d'injection ne peut guère à notre avis donner de bons résultats, car la cavité ne peut pas revenir sur elle-même, on pourrait cependant essayer dans un but purement modificateur. Enlever le kyste serait un moyen préférable ; mais dans certains cas il pourrait être dangereux, par exemple si la paroi postérieure du sinus était détruite. Le meilleur moyen consiste donc à évacuer le pus et à rétablir la communication du sinus avec les fosses nasales, soit en débouchant l'ancien canal, soit en en formant un nouveau au moyen d'un instrument inventé par M. Richet.

VARIÉTÉS. — MÉLANGES.

CLINIQUE MÉDICALE

3049. — De la persistance du trou de Botal, par Léon Morel. — M. Morel vient de publier vingt et une observations de persistance du trou de Botal dont plusieurs inédites.

En voici une. Le nommé Pierre M..., 62 ans, entre le 5 janvier 1880 à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. le Dr Dujardin-Beaumetz. Il est forgeron. Depuis quelques années, oppression, étouffement qui lui rendent toute course pénible; les efforts violents et prolongés deviennent de plus en plus pénibles. Les accidents, toux, accès de dyspnée, augmentaient pendant l'hiver. Depuis un mois, insomnie, céphalalgie, toux violente, expectoration visqueuse, abondante, œdème des membres inférieurs. La fièvre apparue depuis huit jours force le malade à entrer à l'hôpital. A son entrée, le malade présente les signes de l'œdème pulmonaire. Les membres inférieurs, les bourses, la paroi abdominale sont fortement œdématiés. L'intensité des râles pulmonaires ne permet pas de distinguer les bruits du cœur. Les urines sont normales. La température axillaire est de 39°.

Le 7. On perçoit manifestement un souffle présystolique à la pointe, et un léger souffle au premier temps; les battements sont toujours aussi irréguliers.

Le 9 au soir. Après quelques alternatives d'amélioration, le malade est pris d'un accès subit de suffocation qui augmente rapidement, les lèvres deviennent violettes, puis toute la face, les mains, les pieds se cyanosent, et le malade meurt une heure après, avec une température de 36,2.

Autopsie. — Les poumons sont très œdématiés ; en arrière, ils sont le siège d'une congestion intense, ils crépitent à peine; à la coupe, ils sont d'un rouge violacé, presque noir. Le cœur paraît augmenter de volume, ses parois sont flasques. Les valvules sigmoïdes de l'aorte et de l'artère pulmonaire sont intactes. La valvule mitrale est légèrement rétrécie par des plaques athéromateuses très abondantes, surtout sur le bord libre. Ces altérations se retrouvent sur la valvulve tricuspide. Cet orifice est très dilaté, et permet facilement l'introduction des quatre doigts. Les oreillettes présentent leurs dimension snormales. La cloison inter articulaire présente, en bas, une solution de continuité de 4 millimètres de longueur environ, disposée de telle sorte qu'un courant d'eau dirigé sur la cloison inter auriculaire la soulève, et le liquide passe facilement, dirigé sur la face gauche; il applique la cloison contre l'anneau, et l'orifice se trouve hermétiquement fermé.

Chez l'enfant, la persistance du trou de Botal est un fait assez commun.

Chez l'adulte, il n'en est point de même, le fait de la persistance du trou de Botal, compatible avec une longue vie, étonne toujours; il semble, de prime abord, que la direction du courant sanguin doit être modifiée, que le mélange des deux sangs, rouge et noir, artériel et veineux, doit s'effectuer dans certaine

proportion, et dans un sens ou dans l'autre, et que l'individu doit être victime de bonne heure de cette anomalie.

Les médecins se sont habitués pendant longtemps à considérer le phénomène cyanose comme synonyme de la persistance du trou de Botal, ce qui est dans la majeure partie des cas vrai; cependant, il n'y a point là de rapport nécessaire. Cruveilhier l'a répété maintes et maintes fois; et de nos jours encore, on n'est bien convaincu de cette assertion qu'après avoir vu le fait soi-même.

Cet arrêt de développement peut rester latent et ne déranger en rien le cours naturel de la vie.

Une observation bien remarquable dans ce sens est celle de Gibier (de Savigny) (obs. II), où l'on voit un vieillard de soixante-dix ans présenter, à l'autopsie, un orifice du centre de la cloison qui séparait les deux oreillettes, orifice qui admettait facilement le doigt médius.

Dans d'autres circonstances plus rares, comme nous cherchons à l'établir, la persistance du trou de Botal chez l'adulte se signale par un trouble apparent qui frappe, entre tous les signes cardiaques, l'attention de l'observateur : nous voulons parler de la cyanose et des accès de suffocation.

Ainsi donc, disons-le tout d'abord, l'existence d'une communication en tant que lésion isolée peut très bien rester méconnue. Les observations ne manquent point qui plaident en faveur de cette assertion. Rappelons les observations de Requin recueillies sur des vieillards à l'autopsie desquels on rencontrait une communication plus ou moins considérable entre les deux cavités auriculaires, que rien n'avait décelée pendant l'existence.

La symptomatologie diffère essentiellement selon que la cyanose existe, ou bien qu'elle fait défaut.

Lorsque la cyanose existe, elle peut apparaître de deux manières différentes : tantôt elle existe chez l'enfance, mais légèrement, passe presque inaperçue pendant un certain temps. Les malades sont rouges, colorés, ont les yeux saillants, et cet état contraste avec la faiblesse habituelle. Tantôt, au contraire, la coloration bleue se montre tout à tout coup à la suite d'un effort. Bouillaud a vu la cyanose apparaître chez une femme de 25 ans, à la suite d'un accouchement laborieux. Chez les enfants, c'est quelquefois à la suite d'une coqueluche que se montre la cyanose. Ces malades ont un habitus tout à fait spécial; leur visage est violet, parfois noirâtre. La coloration se montre d'abord et surtout aux oreilles, aux pommettes, aux lobules du nez, aux paupières, aux lèvres; la muqueuse buccale et celle du pharynx sont de couleur foncée, la langue est violette, le dessous de cet organe également, les conjonctives participent à cette coloration.

Les organes génitaux dans les deux sexes sont également violacés.

Les doigts ont une forme spéciale; ils sont grêles, allongés et se terminent en baguettes de tambour; les ongles participent à la coloration violacée.

Les signes fournis par l'examen du cœur sont au premier temps systolique, à la base et sous le sternum s'entendant à droite : violence plus ou moins grande des battements, palpitations douloureuses, augmentation du diamètre transversal par hypertrophie du ventricule droit, frémissement cataire, bruit de souffle.

Le pouls subit des modifications variables, mais rien de caractéristique.

L'infiltration des membres inférieurs, l'ascite, l'hydrothorax, sont rares, peu abondants et ne deviennent considérables que dans les derniers temps de la vie. Les hémorrhagies sont fréquentes et sont, parmi les complications, l'une des plus graves. Les hémoptysies, même en l'absence de tuberculose, sont assez fréquentes.

La température du corps est abaissée (35° ou 36°), et les malades sont très sensibles au froid. Il y a des étouffements habituels, de la suffocation revenant par accès, accompagnés de sueurs visqueuses, durant une ou plusieurs heures et se terminant par un abattement extrême, qui peut aller jusqu'à la syncope et à la mort.

La terminaison est d'autant plus rapprochée et fatale que les paroxysmes sont plus violents et moins espacés.

La persistance du trou de Botal ne peut se confondre qu'avec le rétrécissement de l'artère pulmonaire, mais ici le souffle s'entend au maximum à la partie du deuxième espace intercostal gauche.

Le traitement consiste dans le régime lacté chez les enfants et à éviter toutes les causes qui pourraient provoquer les accès de dyspnée, tels que les mouvements violents, et les exercices prolongés, les refroidissements et les écarts de régime. Lorsque les accès de suffocation se développent et augmentent de fréquence, l'emploi de la digitale, de l'opium, de l'acide cyanhydrique, la caféine et les diurétiques, aidés du repos le plus absolu, sera conseillé.

On soulagera quelquefois les malades par une émission sanguine, que l'on ne devra répéter que rarement. On se trouvera bien des applications fréquentes de ventouses sèches. Si la congestion pulmonaire est intense, on pourra appliquer des vésicatoires.

Lorsque la cyanose sera prononcée, des inhalations de gaz oxygène seront faites avec avantage.

3050. — Lipome de la langue, par le Dr Gosselin. — C'est une observation recueillie à l'hôpital de la Charité et qui mérite d'être signalée, en raison de sa rareté extrême; en effet, il n'en existe guère que onze observations dans la science, si on élimine les grenouillettes graisseuses qui appartiennent plutôt au plancher de la bouche.

Le sujet porteur de cette lésion est un homme de 48 ans, et qui dès l'âge de 23 ans s'est aperçu de la présence à droite de la pointe de la langue, et à l'union du bord et de la face supérieure, d'une sorte de petit bouton qui s'est accru insensiblement, sans causer aucune gêne; cependant depuis deux ans la phonation est un peu troublée. Grosse comme une noix au moins, largement pédiculée, la tumeur est assez bien limitée à sa partie profonde, elle ne paraît envoyer aucun prolongement entre les muscles, et est évidemment située sous la muqueuse qu'elle soulève. A la surface, il y a une légère exulcération.

Le 25 février, on procède à l'ablation de la tumeur. Le pédicule est traversé par un double fil élastique, de façon à l'enserrer dans une triple ligature, on excise immédiatement au-dessus de la ligature avec des ciseaux. La ligature tombe le 3 mars, et le 25 le malade sort en excellent état.

L'examen microscopique n'a fait que confirmer les données fournies par l'examen à l'œil nu : la masse de la tumeur est constituée par de grosses cellules adipeuses, pressées les unes contre les autres et formant des lobules qui ne sont séparés que par des travées conjonctives extrêmement minces; c'est à peine si, dans ces cloisons, on aperçoit un ou deux vaisseaux très ténus. La muqueuse présente sa structure normale. (*Lyon médical*, 11 déc. 1880.)

3051. — De la scillaïne. — Il paraît, d'après Jærmerstedt, que la scille maritime renferme un principe actif dont l'action sur le cœur est comparable à celle de la digitaline. C'est la *scillaïne*,

glucoside azoté d'une saveur amère, soluble dans l'alcool. Avec une solution de 10 milligrammes dans 1 centimètre cube d'alcool et 9 centimètres cubes d'eau, on a fait des expériences sur les grenouilles par la voie hypodermique. Un demi-milligramme injecté détermine l'arrêt du cœur en systole absolument comme la digitaline. Il réveille au contraire les contractions du cœur arrêté en diastole sous l'influence de la muscarine.

Vingt minutes après cet arrêt du cœur en systole, il y a abolition de la contractilité musculaire et paralysie des muscles. Si la dose est plus élevée et atteint 2 milligrammes par kilog. du poids de l'animal, elle est presque toujours mortelle.

3052. — De la conine, alcaloïde de la ciguë. — Des sels de conine, le bromhydrate est le plus stable. On le donne par l'estomac à la dose de 10 centigrammes en deux fois dans du sirop, en pilules et en potion, mais il ne faut pas dépasser 25 et 30 centigrammes. Il est utile dans l'asthme, dans la coqueluche et les maladies du système nerveux.

En thérapeutique expérimentale chez les animaux, il paralyse les nerfs moteurs, et agit fortement sur le pneumo-gastrique, ce qui amène l'asphyxie lacrymale et se retrouve dans les urines (Tuloup), (Tiryakan), (Prévost).

3053. — Empoisonnement par l'acide pyrogallique sur la peau. — Albert Neisser rapporte que sur un homme de 34 ans affecté de psoriasis, on frictionna la moitié droite du corps avec une pommade d'acide pyrogallique et l'autre moitié avec l'acide chrysophanique.

Une heure après, frissons puis diarrhée, vomissements, vertiges ; le lendemain collapsus complet très grave, T. 40,1 ; P. 120. Embarras de la respiration ; urines noires sans albumine avec de l'hémoglobine dissoute. Mort au quatrième jour. Sang bleuâtre diffluent, reins congestionnés noirs, urines noires dans les calices.

Il est évident qu'il y a eu destruction des globules rouges par l'acide pyrogallique dont la matière colorante a passé dans le sang et provoqué l'hémoglobinurie.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

3054. — Académie de médecine (10 mai). — *Encombrement charbonneux du poumon chez les houilleurs.* — M. Riembault, de Saint-Etienne, a présenté à l'Académie un travail sur ce sujet. M. Proust, rapporteur, après avoir rendu à M. Riembault la justice que mérite son travail, qui repose sur 25 années de pratique, établit que l'auteur a séparé bien nettement des affections qui jusqu'à lui avaient été confondues. Il a précisé l'action de la poussière de houille sur les poumons et en a déduit d'utiles conséquences au point de vue pratique. M. Proust, néanmoins, reproche à M. Riembault d'avoir omis la bibliographie.

Réactif pour reconnaître les alcaloïdes qui se développent spontanément sur le cadavre. — M. Brouardel présente au nom de M. Boutmy et au sien une note sur l'existence des ptomaïnes dans les cadavres.

Les ptomaïnes (du grec πτῶμα, cadavre) sont des alcalis cadavériques, elles ont des caractères chimiques et des propriétés physiologiques qui pourraient les faire confondre avec les alcaloïdes végétaux.

Pour distinguer une ptomaïne d'un alcaloïde végétal ingéré, il faut déterminer la *totalité* des propriétés chimiques et physiologiques du toxique isolé.

Cette méthode, qui est sûre, a l'inconvénient d'être un peu longue et de ne pouvoir être employée que dans le cas où la quantité de poison isolée est assez considérable pour se prêter à une étude complète.

Le réactif est le cyanoferride de potassium. Mis en présence des bases organiques pures prises au laboratoire ou extraites du cadavre après un empoisonnement avéré, il ne subit aucune modification. S'il existe des ptomaïnes, il est ramené instantanément à l'état de cyanoferrure et forme du bleu de Prusse avec les sels de fer.

Donc, lorsque, par la méthode de Stas, on aura isolé une substance se comportant avec l'iodomercurate de potasse comme le font les alcaloïdes végétaux, si cette substance est sans action sur le cyanoferride de potassium, on conclura qu'on est en présence d'un alcaloïde végétal et qu'il y a eu empoisonnement. Si, au contraire, le cyanoferride de potassium est réduit et si, en même temps, la base est précipitée, par l'iodomercurate de potasse, on sera en présence d'une ptomaïne.

Pour faire la réaction avec le cyanoferride, on convertit en sulfate la base extraite du cadavre, puis on dépose quelques gouttes de la solution de ce sel dans un verre de montre, contenant à l'avance un peu de cyanoferride dissous. Si l'on verse une goutte de chlorure de fer neutre sur ce mélange, il se forme du bleu de Prusse si la base isolée est une ptomaïne. Dans les conditions analogues, les alcaloïdes végétaux ne donnent pas de bleu de Prusse.

Jusqu'à présent on n'a trouvé d'exception à cette règle que pour la morphine, qui réduit abondamment le cyanoferride, et pour la vératrine.

M. Gauthier a déjà traité un peu cette question dans sa Chimie physiologique. Il croit qu'il faut garder la réserve sur les moyens de retrouver les ptomaïnes.

M. Béchamp (de Lille) fait observer qu'il y a autant de ferments que de fermentations et qu'il faut admettre plusieurs ferments de ptomaïne. Il fera dans la prochaine séance une communication à ce sujet.

3055. Société de chirurgie (11 mai). — *Syphilis héréditaire à forme tardive.* — La syphilis héréditaire tardive se manifeste chez les enfants pendant le développement du squelette par des inflammations subaiguës de l'os ou du périoste. L'os augmente de volume et de longueur. Les hyperostoses siègent à la région des diaphyses voisines des apophyses ; de là le travail se propage le long des diaphyses, et peut comprendre 10 à 15 cent. de la longueur d'un os long : des abcès, des esquilles peuvent en être la conséquence, ainsi que des déformations caractéristiques. Les os qui sont atteints le plus fréquemment sont le tibia, le cubitus, le radius, le fémur et l'humérus.

Il se peut que parfois il soit bien difficile, pour ne pas dire impossible de dire si la syphilis est héréditaire, ou bien s'il y a eu antérieurement un accident syphilitique méconnu pendant l'allaitement ou le bas âge.

Le traitement mixte d'abord, puis l'iodure de potassium administré pendant longtemps peuvent amener la diminution du gonflement de l'os, si ce traitement est employé dès le début. Plus tard, quand les complication de voisinage se sont développées, ce traitement n'a d'action que sur ces complications.

M. Verneuil a déjà vu plusieurs cas analogues. Il est en effet difficile de distinguer la syphilis héréditaire de la syphilis acquise chez les enfants. Voici les trois cas observés par M. Verneuil.

Le premier cas était celui d'un garçon de 17 ans. La jambe droite était couverte de gommes du haut en bas. Depuis trois ou quatre ans il avait de nouvelles poussées d'éruption à la même jambe. Les premières manifestations tertiaires s'étaient donc développées à l'âge de 12 ans. La mère voyant son fils malade vint voir M. Verneuil et lui rappela qu'elle avait autre fois pris un nourrisson de Paris; elle avait ainsi contracté la syphilis et l'avait donnée à ses deux enfants.

Le deuxième cas remonte à une douzaine d'années. Une femme amena à Lariboisière une petite fille de 12 ans, sa nièce, dont une jambe était couverte de gommes suppurées. La tante avoua que la mère, alors qu'elle nourissait, avait été infectée par un individu et avait alors transmis la syphilis à son enfant.

Il y a trois ou quatre ans, à la Pitié, M. Verneuil vit une petite fille italienne, offrant des ulcérations syphilitiques au coude droit et à la jambe. Cette petite fille avait été placée en nourrice et en était revenue très malade.

M. Duplay hésite à donner la qualification de syphilitique à cette forme d'ostéite : il préfère lui donner celle d'ostéite subaiguë à forme indéterminée. Il ne nie pas la syphilis, mais ce qui l'engage à douter, c'est que des enfants ont guéri sans traitement.

M. Trélat a observé des formes particulières d'ostéite, siégeant aux métacarpiens et aux phalanges. C'était sur des jeune senfants. Chez l'une il y eut récidive et la deuxième phalange du pouce constituait une tumeur en forme de fuseau. Des applications de teinture d'iode et l'huile de foie de morue iodée à l'intérieur ont amené la guérison. M. Trélat ne pense pas que la guérison par suite de l'emploi de l'iodure de potassium soit une preuve suffisante que l'affection est syphilitique.

M. Després veut qu'on recherche sur la peau, sur les muqueuses des traces de la syphilis; il croit qu'il faut rechercher bien attentivement les antécédents des parents.

MM. Horteloup et J. L.-Championnière partagent l'opinion de MM. Després et Trélat.

COMPENDIUM DE THÉRAPEUTIQUE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

3056. = Phénomènes d'empoisonnement après l'usage interne de préparations de cantharide. — Deux faits de ce genre ont été observés récemment par M. T.-F. Clarke. Dans la blennorrhagie, l'auteur prescrit pendant la période aiguë des purgatifs salins et des injections d'eau tiède; lorsque l'écoulement devient plus clair, et que les accidents inflammatoires sont un peu calmés; il prescrit le fer et les cantharides à l'intérieur.

Teinture de perchlorure de fer. }
Teinture de cantharides ..... } āā

3 fois par jour, injection au sulfate de zinc, 10 centigr. pour 30 gr. Dans un cas, un malade prit pendant cinq jours de la teinture de cantharides; au bout de ce temps, il paraissait entièrement guéri; huit jours après la suspension du traitement M. Carke fut appelé près de ce malade pour une vive douleur de la vessie qui s'accompagna le lendemain de strangurie. Ces symptômes, très graves au début, cessèrent au bout de quatre jours; durant ce temps, il prit de la jusquiame et des bains chauds. Dans le deuxième cas, le malade, après avoir pris deux doses seulement d'une potion aux cantharides, présenta quelques symptômes d'intoxication : envies fréquentes d'uriner, douleurs cuisantes durant la miction, accompagnées de l'expulsion de quelques gouttes de sang vers la fin. On lui conseille de réduire la dose de moitié, mais il n'en tient pas compte et continue la médication comme précédemment, les symptômes disparurent néanmoins très rapidement.

Dans ces cas, la blennorrhagie fut guérie et aussitôt après la disparition des phénomènes causés par les cantharides, les malades n'éprouvèrent pas le moindre trouble du côté des organes urinaires. On ne sait trop pourquoi dans certains cas on se trouve en présence d'une semblable intolérance; dans d'autres, l'auteur a donné des préparations de cantharides à doses notablement plus élevées, sans avoir observé rien de semblable après leur administration. Pour ce qui est du premier fait, il y a lieu de supposer que le principe actif s'était accumulé dans le rein et que les accidents ne survinrent qu'au moment de leur élimination. (*Paris médical* et *The Lancet*, vol. I, n° 13, p. 499.)

3057. = Chanvre indien dans la migraine. — Le Dr Lathrop, dans une note lue devant la Société médicale de Buffalo, revient sur ce sujet (*The Buffalo medical and surgical Reporter* décembre 1880). Après avoir rappelé un excellent travail antérieur du Dr Seguin (*Med. Records*, vol. XII, p. 774, 1877), l'auteur explique les principes du traitement tels qu'ils ont été formulés par Greem. D'après lui, il faut donner de petites doses, de manière à maintenir pendant longtemps l'influence du médicament; c'est le principe d'après lequel on agit dans l'administration des bromures dans l'épilepsie.

On sait parfaitement qu'on n'obtient tout d'abord aucun effet appréciable et qne les attaques ne deviendront moins graves et moins fréquentes que quand l'usage a été poursuivi pendant plusieurs semaines. Pendant la première quinzaine, on prend 15 milligrammes avant chaque repas; pendant la seconde, on peut porter la dose à 2 centigr., et augmenter ainsi de 5 milligr. jusqu'à la fin de la quatrième semaine. On s'arrêtera alors, et on continuera pendant plusieurs mois. On n'obtient des succès qu'avec une grande persévérance. Un cas grave d'hémicrânie dans lequel l'influence héréditaire jouait un grand rôle a été rapporté par l'auteur à l'appui de son opinion. (*Paris médical* d'après *New York med. Record*, 22 janvier 1881, p. 26.)

3058. = Guérison d'un kyste hydatique du rein par la ponction et les injections iodées. — Le Dr Weinlechner rapporte le fait suivant, observé par lui à l'hôpital Rudolph, à Vienne. I. O., 18 ans, entre pour une tumeur abdominale située dans le flanc droit et présentant à peu près le volume d'une tête d'enfant. Elle avait été douloureuse au début, mais au moment de l'entrée elle n'était plus même sensible à la pression. Par la ponction on obtint un liquide mal défini et à l'aide duquel on ne put faire le diagnostic plus tard, on en enleva par aspiration une quantité beaucoup plus grande, et dans la cavité kystique on injecta immédiatement deux onces d'une solution formée par parties égales de teinture d'iode et d'eau avec addition d'une petite quantité d'iodure de potassium. On s'y prit de telle sorte que le liquide injecté restât dans la cavité. Un examen ultérieur du contenu du kyste obtenu par aspiration révéla la présence de crochets d'échinocoques. Le kyste siégeait sur le rein droit. L'injection ne fut suivie d'aucun accident, la tumeur diminua peu à peu de vo-

lume et finit par disparaître. Le malade, auquel on dut faire plusieurs jours après la résection du genou, succomba à la septicémie. A l'autopsie, on trouva que les restes du sac adhéraient à l'extrémité inférieure du rein droit, enclavaient une petite portion de son tissu, que celui-ci renfermait toujours des hydatides affaissées et un liquide jaunâtre en petite quantité. (*Paris médical* et *Ber. d. Krankenanst. Rudolphstiftung in Wien vom Iahr*, 1879, *New York med. Record*, 1881.

3059. = Méthode simple de compression de l'artère humérale. — Le Dr Schivelbein a rappelé récemment une méthode très simple et a portée de tous pour la compression de l'humérale; méthode qu'il appelle la compression huméro-costale. Elle consiste à presser avec une très grande énergie le bras contre le tronc, de manière à ce que l'artère soit comprimée entre les côtes et l'humérus. Le bras étant immobile et le malade se plaçant dans le décubitus correspondant, le poids du corps agit comme agent compresseur. S'il s'agit d'appliquer le procédé immédiatement, la personne peut être debout ou assise, pourvu que le corps soit appuyé contre un objet assez résistant; l'avant-bras est en supination, fléchi à angle droit sur le bras, et on fixe celui-ci contre le tronc, suivant la direction de la ligne axillaire en plaçant sur la région du condyle externe. La force qu'on doit déployer pour faire cesser le pouls radial est très considérable. Cette compression peut être exercée par le blessé lui-même; il suffit qu'il appuie fortement le moignon de l'épaule contre un obstacle, un mur par exemple et fasse un effort analogue à celui qu'il lui faudrait pour le lever. On peut produire un effet analogue en faisant coucher la personne sur son bras; si elle place la tête convenablement sur lui la circulation s'arrêtera dans la radiale. (*Paris médical-Klin Wochenschr*,, 19 octobre 1880.)

3060. = Pulvérisation d'essence d'eucalyptus dans la diphthérie pharyngée. — Employer, pour chaque inhalation, de 6 à 60 gouttes de la solution suivante :

Huille essentielle de feuilles d'eucalyptus.	5	gram.
Esprit-de-vin rectifié.....	25	—
Eau.....	190	—

Pour inhalations, agiter avant de s'en servir. Dans les cas où les inhalations seraient répétées, toutes les heures, étendre la solution. Odeur agréable n'occasionnant pas de mal de tête; en cela, supériorité sur l'essence de térébenthineet l'acide phénique.

3061. = De l'homatropine contre les sueurs. — William Murrella fait cinquante injections hypodermiques d'homatropine à seize phthisiques pour combattre leurs sueurs nocturnes. Bien que ce médicament ait une action incontestable sur cette hypersécrétion, il a été trouvé moins efficace que l'atropine, la poudre de Dower, la picrotoxine et les autres moyens dont nous disposons. (*Practitioner*, nov. 1880.)

BIBLIOGRAPHIE.

Recherches cliniques et anatomiques sur le foie cardiaque, par le Dr Talamon. Germer-Baillière, éditeur.

3062. — Dans ce travail intéressant, M. Talamon s'applique à établir les différences anatomiques et cliniques qui séparent la cirrhose cardiaque de la cirrhose alcoolique, celle-ci intra-lobulaire et l'autre extra-lobulaire.

Dans les maladies du cœur il y a deux sortes de lésions du foie, les unes *mécaniques* et les autres *inflammatoires*.

L'opinion classique enseigne, en effet, que les maladies du cœur déterminent une stase sanguine dans la veine centrale du lobule, que cette stase peut à la longue produire autour de la veine lobulaire un degré d'hyperplasie plus ou moins prononcé, en même temps que les capillaires se dilatent et que les cellules s'atrophient par compression; elle ne va pas plus loin; s'il y a formation conjonctive nouvelle dans le foie cardiaque, c'est autour de la veine centrale du lobule qu'on la rencontre et non pas ailleurs. Les anciens auteurs, avaient pourtant rangé les affections du cœur au nombre des causes de la cirrhose hépatique. Mais, en n'établissant aucune différence entre la cirrhose alcoolique et la cirrhose cardiaque, ils avaient produit une confusion qui, pendant longtemps, a nui à l'interprétation rationnelle des lésions.

Le fait principal est la congestion des parties centrales du lobule, les parties périphériques restant relativement normales; de là l'aspect marbré, tacheté, du tissu hépatique sur une coupe, les parties centrales étant d'un rouge foncé, les parties externes présentant une coloration grisâtre ou jaunâtre.

Au microscope, on constate : la dilatation plus ou moins marquée de la veine intra-lobulaire, l'élargissement des capillaires dans la partie centrale du lobule, l'aplatissement des cellules hépatiques entre les capillaires élargis. Telles sont les trois conséquences constantes de l'augmentation de la tension veineuse.

Les parties du système vasculaire sur lesquelles porte surtout la dilatation sont les capillaires intra-lobulaires ; ce sont eux qui donnent à la partie centrale du lobule sa coloration rouge; ils sont en effet toujours gorgés de globules sanguins tassés les uns contre les autres.

Les modifications subies par les cellules hépatiques sont des plus importantes.

Sous l'action de la pression sanguine augmentée, les cellules se déforment et se rapetissent; leur contenu devient granuleux ou granulo-graisseux ; on y trouve des grains de pigment jaunâtre ou noirâtre.

Dans plusieurs cas, le contenu de la cellule, devenu granuleux, est comme ratatiné, contracté, ramassé vers le centre.

Mais, quel que soit en effet le degré d'aplatissement et d'atrophie des cellules, le noyau persiste.

Les lésions purement mécaniques, dilatation du système sus-hépatique et aplatissement des cellules, sont-elles permanentes et irrémédiables? Evidemment non ; on sait en effet que toute attaque d'asystolie produit une augmentation considérable du volume du foie, mais que, la tonicité cardiaque rétablie, le foie diminue rapidement pour reprendre son diamètre vertical habituel.

Ces lésions inflammatoires ont été localisées autour de la veine centrale intra-lobulaire. La paroi de la veine est épaissie, sclérosée, et cet épaississement se colore en rose par le carmin d'une façon toute spéciale ; quand la coupe prend la veine en long et non plus transversalement, on voit, au lieu d'un cercle, deux bandelettes parallèles limiter le vaisseau rempli de sang. Mais jamais il n'y a de tissu fibrillaire, ni de cellules embryonnaires.

Il existe pourtant une irritation conjonctive dans le foie cardiaque, mais ce n'est pas autour de la veine centrale qu'il faut la chercher, c'est dans les espaces portes, et là elle est pour ainsi dire constante.

Cette hyperplasie périlobulaire offre tous les degrès de son développement, depuis le simple élargissement de l'espace porte avec prolifération de noyaux embryonnaires jusqu'à la cirrhose

diffuse, généralisée, avec étouffement fibreux des lobules hépatiques ; d'où le *foie muscade* proprement dit ; l'*Atrophie rouge*, ou *hépatite cardiaque atrophique* ; enfin l'*atrophie jaune*.

Il y a de plus, dans quelques cas, une inflammation des radicules biliaires, avec prolifération de l'épithélium et obstruction de la lumière des canaux par les produits de la fonte granuleuse des cellules proliférées, c'est à cette lésion que l'ictère doit être attribué, sa gravité étant subordonnée, comme dans tout ictère grave, à la destruction des cellules hépatiques.

En résumé, les lésions du foie dans les affections cardiaques peuvent tenir :

1° A l'*artérite chronique*, qui accompagne toutes les maladies de cœur : c'est la sclérose interlobulaire de Hand. Jones et de W. Legg, telle qu'on la constate dans tout foie cardiaque ;

2° A la *gêne circulatoire du système porte :* c'est la cirrhose hépatique diffuse, sans différence histologique appréciable avec la cirrhose péri veineuse alcoolique ;

3° A la *stase sanguine dans le système sus-hépatique* et à la dilatation des capillaires intra-lobulaires ; c'est l'atrophie des cellules et les lésions classiques du foie muscade, cette atrophie pouvant aller beaucoup plus loin qu'on ne l'a dit et donner lieu au syndrome de l'ictère grave, s'il s'y joint une inflammation des canalicules biliaires.

1° Dans les modifications subies par le foie dans les affections du cœur, tout n'est pas sous la dépendance directe de la lésion cardiaque. Il existe constamment une lésion qu'on doit regarder comme une lésion concomitante et qui vraisemblablement est de même date que l'endocardite, cause de l'affection valvulaire : c'est l'artérite des artérioles hépatiques, et il est naturel de rapporter à cette endopéri artérite les cas où l'on ne constate que l'épaississement fibroïde et la sclérose des espaces portes ;

2° Cette sclérose, plus ou moins marquée, constitue, avec la sclérose de la veine centrale intra-lobulaire et la dilatation des capillaires, la forme ordinaire du foie muscade, le degré le plus simple de l'altération désignée sous le nom de foie cardiaque ;

3° Jamais il n'y a de production conjonctive autour de la veine centrale ;

4° Quand la cirrhose se produit dans le foie cardiaque, c'est autour des ramifications de la veine-porte qu'on l'observe, comme dans le foie granulé des buveurs. La congestion veineuse chronique retentit aussi bien sur le système porte que sur le système sus-hépatique, et la gêne circulatoire des veines périlobulaires a les mêmes conséquences que les thromboses expérimentales produites dans ces veines par la ligature du tronc-porte. Elle amène une infiltration embryonnaire des espaces triangulaires dans un premier stade et à la longue toutes les lésions de la cirrhose veineuse multilobulaire ;

5° Il faut donc distinguer dans le foie cardiaque deux ordres de lésions : celles qui tiennent à la péri artérite et qui rentrent dans la classe des altérations générales fibroïdes ou scléreuses, formant le substratum anatomique de ce qu'on a appelé la diathèse fibroïde ; ce sont des lésions concomitantes ; — celles qui tiennent à la lésion cardiaque même et qui sont le résultat de la gêne circulatoire de tout le système veineux hépatique : *a. lésions intra-lobulaires* : dilatation et sclérose de la veine centrale ; dilatation des capillaires ; aplatissement des cellules ; *b. lésions extra-lobulaires :* prolifération embryonnaire de l'espace porte et cirrhose plus ou moins étendue, pouvant aller jusqu'à la cirrhose multilobulaire vulgaire ;

6° La possibilité de cette cirrhose multilobulaire explique les cas d'ascite qu'on voit se former et se reproduire chez certains cardiaques indépendamment de l'œdème des membres inférieurs et malgré le rétablissement de la tonicité musculaire du cœur ;

7° Enfin, il peut se produire, comme conséquence ultime des altérations subies par le foie dans les maladies du cœur, une forme d'ictère grave qu'on ne trouve pas indiquée par les auteurs. Les phénomènes cliniques sont ceux de l'ictère typhoïde. L'aspect du foie dans ces cas est variable ; tantôt il y a simple destruction granulo-graisseuse des cellules hépatiques, comme dans l'atrophie jaune aiguë ; tantôt le foie est transformé en une sorte de gangue scléreuse où sont disséminés des débris des cellules. On trouve toujours dans ces cas une inflammation très prononcée des canalicules biliaires ; c'est à l'obstruction de ces canalicules qu'il faut sans doute rapporter l'ictère, dont la gravité s'explique par les altérations profondes subies par le parenchyme hépatique.

NOUVELLES.

— Cours particulier de technique microscopique. — M. le Dr Latteux, chef du Laboratoire de la Faculté à l'hôpital Necker, commencera un nouveau cours le lundi 30 mai, à 4 heures, dans son laboratoire, 5, rue du Pont-de-Lodi.

Ce cours, essentiellement pratique, est destiné à mettre les élèves en mesure d'exécuter les analyses microscopiques qu'exige journellement la pratique médicale.

Pour cela, ils sont exercés individuellement et répètent eux-mêmes toutes les expériences.

Les microscopes et autres instruments sont à leur disposition.

On s'inscrit au Laboratoire, tous les jours, de 4 à 5 heures.

— *Mortalité à Paris.* — Population d'après le recensement en 1876 : 1,988,806 habitants, y compris 18,380 militaires. Population probable de 1881 : 2,020,000. — Du vendredi 5 au jeudi 11 mai, les décès ont été au nombre de 1,128. Ils sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde, 38.—Variole, 20.—Rougeole, 27.—Scarlatine, 9.—Coqueluche, 14.—Diphthérie, Croup, 33.—Dysentérie, 2.—Erysipèle, 11.—Fièvre puerpérale, 2.—Méningite, 49.—Phthisie pulmonaire, 186.—Tuberculose, 18. — Autres affections générales, 69. —Débilité des âges extrêmes, 38. — Bronchite aiguë, 44. — Pneumonie, 109.— Entérite de l'enfance, 78. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 112 ;— de l'appareil circulatoire, 61 ; — de l'appareil respiratoire, 77 ; — de l'appareil digestif, 57 ; — de l'appareil génito-urinaire, 20 ; — de la peau et du tissu lamineux, 4. — Os et articulations, 10.—Morts violentes, 34.— Causes non classées, 5. —Nombre absolu de la semaine, 1,128.

Résultats de la semaine précédente : 1,137.

Vient de paraître.

COMPENDIUM-ANNUAIRE DE THÉRAPEUTIQUE du *Paris médical*, renfermant tous les faits intéressants de la thérapeutique française et étrangère, publiés dans l'année précédente.

La première année, 1880, formant un volume in-8°, est en vente à 2 fr. 50 au bureau, et sera donnée en *prime* au prix de 1 franc pour les *abonnés* du journal, mais, dans l'un et l'autre cas, il y aura 25 cent. en plus si l'on veut un envoi par la poste.

Le Propriétaire-Gérant : Dr BOUCHUT.

PARIS. — IMPRIMERIE A. PARENT.
A. DAVY, successeur, imprimeur de la Faculté de Médecine, rue Mr-le-Prince, 3